

Gesundheit

Mein Urlaub kann gar nicht
lang genug dauern /
**Das gilt auch für meinen
Auslands-Krankenschutz.**



Privater Versicherungsschutz
für Reisen bis zu einem Jahr

**Auslandsreise-
Krankenversicherung ARE**

Maßstäbe / **neu definiert**



Privater Krankenschutz ist auf jeder Reise unverzichtbar.

Wenn Ihr Urlaub gar nicht lang genug dauern kann, dann sollte das auch für Ihren Auslands-Krankenschutz gelten. Denn gerade auf der Traumreise Ihres Lebens oder während eines beruflichen Auslandsaufenthaltes krank zu werden, ist besonders ärgerlich. Da ist es umso wichtiger, auch im Ausland bestmöglich medizinisch versorgt zu sein, ohne an die finanziellen Folgen denken zu müssen.

Bei unserer **Auslandsreise-Krankenversicherung für die einmalige Reise** erhalten Sie privaten Versicherungsschutz mit garantierten Leistungen für einen Auslandsaufenthalt **von maximal einem Jahr**.

Die Gesetzliche hilft im Ausland nur begrenzt weiter

- Auslandsrechnungen in EWR-Staaten bzw. Ländern mit Sozialversicherungsabkommen werden nicht immer oder nur teilweise von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. In diesen Fällen müssen Sie mit **hohem Eigenanteil** rechnen.
- Bei Behandlungen als Privatpatient im außereuropäischen Ausland übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung **generell keine Leistungen**, noch nicht einmal anteilig.
- Wenn Sie aus dringendem medizinischem Anlass aus dem Ausland in eine heimische Klinik geflogen werden müssen, tragen Sie als gesetzlich Versicherter die Kosten zu 100% selbst.

Als Privatpatient erhalten Sie deutlich bessere Leistungen

Mit unserer Auslandsreise-Krankenversicherung können Sie immer unbeschwert reisen. Bei allen unvorhersehbaren Krankheitsfällen übernehmen wir die Kosten für folgende Leistungen:

- **ambulante Heilbehandlung** als Privatpatient
- ärztlich verordnete **Medikamente**
- schmerzstillende **Zahnbehandlung** und dafür notwendige Zahnfüllungen
- **Krankenhausbehandlung** als Privatpatient, einschließlich Operationen oder
- 30 Euro **Krankenhaustagegeld** anstelle von Kostenersatz bei stationärer Behandlung
- medizinisch sinnvoller sowie vertretbarer **Rücktransport**

Wir bringen Sie nach Hause – aus aller Welt

Ein medizinisch sinnvoller und vertretbarer Rücktransport nach Deutschland wird von uns organisiert und bezahlt. Voraussetzung ist, dass der Rücktransport von uns oder unserem Dienstleister organisiert wird oder vorab eine Zusage durch uns erfolgte. Liegt keine Zusage zum Rücktransport vor oder wird der Rücktransport nicht wie oben beschrieben organisiert, werden die Mehrkosten eines Rücktransports

- innerhalb Europas nur bis zur Höhe von 5.000 Euro erstattet
- darüber hinausgehend nur bis zur Höhe von 10.000 Euro erstattet

INFO: Wenn ein Rücktransport in die Heimat notwendig sein sollte, können Sie uns rund um die Uhr anrufen: **+49 180 3 - 29 22 18***

*9 Cent aus dem deutschen Festnetz. Mobilfunk maximal 42 Cent, jeweils je angefangene Minute.

Einfach ausfüllen und sicher reisen.

Füllen Sie am besten noch heute den Antrag aus und senden Sie ihn entweder

■ **per Post** an: AXA Krankenversicherung AG,
FVS-Service-Team, 50592 Köln oder

■ **per Fax** an: 02 21/148-3 62 57

Dann können Sie sich unbeschwert Ihren Reisevorbereitungen widmen.

So günstig ist Ihr privater Versicherungsschutz

Für Ihren privaten Krankenversicherungsschutz rund um den Globus zahlen Sie pro Person zum Beispiel bis zum Alter 65:

vom 01. bis 030. Tag: 0,60 Euro pro Tag

vom 31. bis 365. Tag: 1,20 Euro pro Tag

Ein Beispiel: Die Prämie für eine 35-tägige Reise beträgt $30 \times 0,60$ Euro plus $5 \times 1,20$ Euro = insgesamt 24,00 Euro. Die Mindestprämie pro Vertrag beträgt 4,00 Euro.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Sie müssen Ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben oder hier Ihren Beruf ständig ausüben
- Ihre Auslandsreise-Krankenversicherung muss vor Reiseantritt beantragt sein

Der Versicherungsschutz endet nach den vereinbarten Reisetagen, spätestens mit Ende der Reise. Weitere wichtige Hinweise finden Sie auf der letzten Innenseite dieses Flyers.

TIPP: Bitte bewahren Sie die Durchschrift des Antrags als **Ihre Versicherungsbestätigung** sorgfältig auf – auch auf Ihrer Reise. Auf der Antragsrückseite finden Sie alle wichtigen Ansprechpartner.



Antrag und Versicherungsbestätigung

Auslandsreise-Krankenversicherung

Tarif ARE bei der AXA Krankenversicherung AG

Fax-Antwort an: 0221/148 – 36257

Ich beantrage Versicherungsschutz nach Tarif ARE nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB-R 10.2009).

Versicherungsschein-Nr.:
zur Auslandsreise-Krankenversicherung
– bitte als Urkunde aufbewahren –

Wird der Tarif ARE als Verlängerung zu den Tarifen ARD, ARJ, RKJE oder einem EG-Tarif beantragt? (Beitrag ab 43. Tag bzw. 63. Tag, siehe Teil II der AVB-R für Tarif ARE, Abschnitt B und C)

Ja, Versicherungsnummer:

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Herr Frau Name
Vorname
Straße/Hausnummer
PLZ/Ort
Nationalität Geburtsdatum
Telefon E-Mail

Zu versichernde Personen

1. Person männlich weiblich
Name (falls abweichend) Vorname
Nationalität Geburtsdatum
Datum Reisebeginn Datum Rückreise Reiseland
= Versicherungsbeginn

2. Person männlich weiblich
Name (falls abweichend) Vorname
Nationalität Geburtsdatum
Datum Reisebeginn Datum Rückreise Reiseland
= Versicherungsbeginn

Beiträge je Person bis Alter 65, siehe im Anhang Teil II der AVB-R für Tarif ARE, Abschnitt B und C:

Beitrag (0,60 bzw. 1,20 EUR x Anzahl Reisetage):

1. Person: 1. – 30. Tag: 0,60 EUR x Tage = EUR
31. – 365. Tag: 1,20 EUR x Tage = EUR
Beitrag 1. Person = EUR

2. Person: 1. – 30. Tag: 0,60 EUR x Tage = EUR
31. – 365. Tag: 1,20 EUR x Tage = EUR
Beitrag 2. Person = EUR

Gesamtbeitrag für 1. und 2. Person = EUR

Bitte in Blockschrift ausfüllen

vermittelt durch:
NL/VD BD AB Verm.-Nr.

Stempel/Kontaktdaten

Widerrufliche Einzugsermächtigung

Bankverbindung des Versicherungsnehmers:
(Der Beitrag kann nur im Lastschrifteinzugsverfahren eingezogen werden)

Kontonummer Bankleitzahl (BLZ)
Geldinstitut

Wichtig für Antragsteller und zu versichernde Personen

Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in anderen Schriftstücken schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. **Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite des Antragsformulars. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Erhebung gesundheitsbezogener Daten, die Entbindung von der Schweigepflicht, die Ermächtigung zur Datenverarbeitung und die Einwilligung i. S. d. Einkommensteuergesetzes. Sie machen diese Erklärungen mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages.**

Ich bin über mein gesetzliches Widerrufsrecht gemäß der auf der Antragsrückseite stehenden Belehrung informiert worden.

Unterschrift

Ort, Datum
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin, ggf. als gesetzliche/-r Vertreter/-in der mitzuversichernden Person
Unterschrift der volljährigen zu versichernden Person bezogen auf alle obigen Erklärungen

Versicherungsbestätigung

Den oben genannten Personen wird Versicherungsschutz nach Tarif ARE nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB-R 10.2009) zur Verfügung gestellt. Es gilt als Tag der Beitragszahlung der Tag des Fax-Einganges oder des Poststempels des Briefes, mit dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Weiter wird vorausgesetzt, dass danach die Abbuchung des Beitrages vom Konto des Versicherungsnehmers erfolgreich durchgeführt werden konnte.

AXA Krankenversicherung AG, Köln

(H. Michels)

(W. Kriegbaum)

Wichtige Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages und für den Bestand – jeweils im Antragsverfahren Widerrufsrecht

Sofern Sie den Vertrag für die Dauer von einem Monat oder mehr Reisetagen abschließen, können Sie Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1, 3 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax 02 21/148-36 202, E-Mail: info@axa.de

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Bei einer Vertragsänderung gilt: Sofern der Beginn der beantragten Vertragsänderung vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der erste geänderte oder einmalige Beitrag – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie

Bei einer Vertragsänderung gilt: Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird der Zustand wieder hergestellt, wie er vor dieser Vertragsänderung bestand und wir erstatten Ihnen, sollte ein erhöhter Beitrag gezahlt worden sein, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der erhöhten Prämie. Den Teil der erhöhten Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Jahresprämie
		1/180 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Halbjahresprämie
		1/90 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Vierteljahresprämie
		1/30 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Monatsprämie

Die Erstattung zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz oder im Falle einer Vertragsänderung der geänderte Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Einwilligungserklärung

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch in den Fällen, die nicht von den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden. (Vgl. dazu Ziffer II.)

Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Diese dürfen wir im Regelfall nur verwenden, nachdem Sie hierin ausdrücklich eingewilligt haben. (Vgl. dazu Ziffer III.)

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und Ziffer III. ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustandekommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies lässt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustandekommt.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden:

- a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
 - b) zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe;
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der zur AXA Gruppe gehörenden Unternehmen (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen und die im Internet unter www.AXA.de und www.DBV.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
- durch andere Unternehmen/Personen (Dienstleister) innerhalb und außerhalb der AXA Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen), denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt (z. B. Dienstleister). Diese Dienstleister werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung konzeptioneller Datenbestände und durch Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungsunternehmen. Dadurch kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen;
- zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch
 - a) den Versicherer, andere Unternehmen der AXA Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen) und den für mich zuständigen Vermittler;
 - b) Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter www.AXA.de und www.DBV.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden); soweit aufgrund von Kooperationen mit Gewerkschaften/Vereinen Vorteilsbedingungen gewährt werden, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft besteht, mit den Gewerkschaften/Vereinen einen Datenabgleich vornimmt;
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen), oder eine Auskunft (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen) oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten Schweigepflichtentbindung

Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Auch zur Bewertung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich werden, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder Liquidation).

Um diese Prüfung und Bewertung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärung ab:

- a) Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.
- b) Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst worden ist, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend, und zwar bis zum Ablauf von 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
- c) Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht die unter a) genannten Personen und Institute, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren.
- d) Die Angehörigen des Versicherers und seiner Dienstleistungsgesellschaften befreie ich von ihrer Schweigepflicht insoweit, als Gesundheitsdaten an beratende Ärzte oder Gutachter weitergegeben werden.

Wir werden Gesundheitsdaten nach den Absätzen a), b) und c) nur erheben, nachdem wir Sie darauf hingewiesen haben, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Auch können Sie jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn Sie in die einzelne Erhebung jeweils eingewilligt haben. Hierdurch bleibt aber die Verpflichtung, die für Risiko- beurteilung, Vertragsabwicklung und Leistungspflichtprüfung erforderlichen Nachweise zu erbringen, unberührt. Auch muss damit gerechnet werden, dass sich unsere Prüfung, ob und in welcher Höhe wir Leistungen zu erbringen haben, verzögert.

Datenverwendung

Um die Datenverwendung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärungen ab:

- a) Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungs- erklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.
- b) Ich willige ferner ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungs- erklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (Risikoprüfung und Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing an Dienstleister), Nr. 6 (Miss- brauchsbekämpfung) und Nr. 8 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen.

An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. 6 keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesund- heitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Leistungserstattung

Bitte schicken Sie alle Unterlagen wie zum Beispiel Rechnungen und Arztberichte im Original an: AXA Krankenversicherung AG, FVS-Reisekranken, 50592 Köln, Telefon: 02 21/148-2 30 09, Telefax: 02 21/148-3 62 80.

Bitte geben Sie stets Ihre Versicherungsnummer an.

Wenn Sie zunächst ihre gesetzliche Kasse in Anspruch nehmen, benötigen wir Rechnungs- kopien mit dem Erstattungsvermerk.

24-Stunden-Kundenservice

Sie brauchen Hilfe und Unterstützung, weil ein Rücktransport ins Heimatland erforderlich ist? Rufen Sie uns an – wir organisieren alles für Sie. Unser Servicetelefon ist rund um die Uhr erreichbar – wählen Sie:

Landesvorwahl für Deutschland (in der Regel 0049) plus 180 3 - 29 22 18*

*9 Cent aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk maximal 42 Cent, jeweils je angefangene Minute.

Geltung

Die in diesem Prospekt angegebenen Konditionen gelten nur für Anträge nach dem 30.09.2009.

AXA Krankenversicherung AG

Colonia Allee 10–20, 51067 Köln, Postanschrift: 50592 Köln
Internet: www.AXA.de

Sitz der Gesellschaft Köln, Handelsregister Köln HR B Nr. 1012
Umsatzsteuer-Ident-Nr. DE 122786679

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Gernot Schlösser

Vorstand: Dr. Frank W. Keuper, Vorsitzender;

Dr. Patrick Dahmen, Wolfgang Hanssmann, Bernd Jung, Thomas Michels, Ulrich C. Nießen,

Dr. Heinz-Jürgen Schwering, Jens Wieland

Produktinformationsblatt zur privaten Krankenversicherung nach Tarif ARE

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Bei dem Tarif ARE handelt es sich um eine Auslandsreise-Krankenversicherung.

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Die Auslandsreise-Krankenversicherung ARE übernimmt bei allen unvorhergesehenen Krankheitsfällen die Kosten für die medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Heilbehandlung zu 100%. Selbstverständlich sind Arznei-, Heil- und Verbandsmittel im Leistungspaket enthalten.

Ebenfalls zu 100% werden die Kosten für schmerzstillende Zahnbehandlungen übernommen.

Versichert werden können Einzelreisen bis zu einer Dauer von insgesamt 365 Reisetagen.

Ein besonderer Vorteil des Tarifs ARE: Auch die Kosten für einen medizinisch sinnvollen sowie vertretbaren Rücktransport oder eine Überführung aus dem Ausland werden bis zu 5.000 Euro (innerhalb Europas) bzw. 10.000 Euro (weltweit) bezahlt.

Der Tarif ARE beinhaltet keine Leistungen für Zahnersatz oder kieferorthopädische Behandlungen.

Die Einzelheiten zu den versicherten Leistungen können Sie dem Tarifblatt und § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bei Reisen (AVB-R) entnehmen.

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Die Prämie je versicherter Person beträgt pro Reisetag für

	die ersten 30 Reisetage je	die ersten 180 Reisetage je	die folgenden Reisetage je
0 – 65-Jährige	0,60 EUR		1,20 EUR
66 – 69-Jährige		2,40 EUR	2,90 EUR
70-Jährige und Ältere		5,30 EUR	6,40 EUR

Wird der Versicherungsschutz als Ergänzung zu einer bei der AXA Krankenversicherung AG bestehenden Jahres-Versicherung, die eine Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bei Reisen ins Ausland beinhaltet, abgeschlossen, gelten folgende Prämien:

	bis 180. Verlängerungstag je	181. – 365. Verlängerungstag je
0 – 65-Jährige	1,20 EUR	1,20 EUR
66 – 69-Jährige	2,40 EUR	2,90 EUR
70-Jährige und Ältere	5,30 EUR	6,40 EUR

Der Gesamtreisezeitraum inkl. bestehender Jahres-Versicherung darf 365 Tage nicht überschreiten.

Unabhängig von der Anzahl der beantragten Reisezeit ist eine Mindestprämie von 4,00 EUR zu zahlen.

Die Prämie ist ein Einmalbetrag und spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages für die beantragte Reisezeit im Voraus zu zahlen. Die Erteilung einer vollziehbaren Einzugsermächtigung steht der Prämienzahlung gleich.

Solange die Prämie nicht gezahlt wird, besteht kein Versicherungsschutz. Die Einzelheiten hierzu können Sie in § 2 Abs. 1 AVB-R nachlesen.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Ihr Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag deckt grundsätzlich im tariflichen Umfang die Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthaltes ab. Allerdings sind bestimmte Leistungen vom Versicherungsschutz nicht umfasst. So besteht beispielsweise keine Leistungspflicht, wenn die Auslandsreise zum Zwecke der Heilbehandlung erfolgt oder bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie im Einzelnen in § 5 AVB-R nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?

Bei bzw. vor Vertragsabschluss bestehen für Sie keine besonderen Verpflichtungen, deren Nichtbeachtung negative Folgen hätte.

In diesem Zusammenhang bitten wir Sie lediglich, den Antrag sorgfältig auszufüllen, damit es während der Vertragslaufzeit aufgrund ggf. fehlerhafter Daten nicht zu Unannehmlichkeiten für Sie kommt.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Während der Laufzeit des Vertrages sind von Ihnen keine Obliegenheiten zu beachten, außer nach Eintritt eines Versicherungsfalles. Die in diesem Fall zu beachtenden Obliegenheiten können Sie im Einzelnen den §§ 9 und 11 AVB-R entnehmen.

7. Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Anforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Ebenso wichtig ist es, dass Sie uns alle Belege bezüglich des Versicherungsfalles bis spätestens zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Auslandsreise einreichen.

Die §§ 9 und 11 AVB-R, Teil 1, enthalten noch weitere von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten nach dem Leistungsfall, deren Verletzung nach §§ 10 und 11 Abs. 3 AVB-R, Teil 1, bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem beantragten und im Versicherungsschein dokumentierten Zeitpunkt und mit Zahlung des Einmalbeitrages.

Der Vertrag endet ohne weiteres mit Ablauf der versicherten Reisezeit bzw. dem Ende der Reise, spätestens jedoch nach Ablauf der maximal zu versichernden Reisezeit von 365 Tagen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Da der Vertrag eine maximale Laufzeit von 365 Tagen vorsieht, besteht keine Möglichkeiten zur ordentlichen Kündigung.

Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht abschließend sind, sondern nur einen ersten Überblick über das angebotene Produkt verschaffen sollen. Inhalt und Umfang des Vertrages ergeben sich ausschließlich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Regelungen.

Vertragsinformationen zur privaten Krankenversicherung nach Tarif ARE

1. Ihr Vertragspartner

AXA Krankenversicherung AG
Sitz: Köln
Handelsregister Köln
Registernummer: HRB Nr. 1012

2. Zuständiger Versicherungsvermittler

Namen und Kontaktdaten Ihres Versicherungsververtreters oder -maklers entnehmen Sie bitte dem Antragsvordruck. Bitte beachten Sie, dass es sich bei einem Versicherungsmakler nicht um einen Vertreter der AXA Krankenversicherung AG handelt.

3. Ladungsfähige Anschrift Ihres Vertragspartners und dessen gesetzliche Vertreter

AXA Krankenversicherung AG
Colonia Allee 10-20
D-51067 Köln
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Gernot Schlösser
Vorstand: Dr. Frank W. Keuper, Vorsitzender;
Dr. Patrick Dahmen, Wolfgang Hanssmann, Bernd Jung, Thomas Michels, Ulrich C. Nießen, Dr. Heinz-Jürgen Schwering, Jens Wieland

4. Hauptgeschäftstätigkeit Ihres Vertragspartners

Unser Unternehmen betreibt ausschließlich die Kranken- und Pflegeversicherung.

5. Garantiefonds

Zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten ist die AXA Krankenversicherung AG Mitglied des folgenden gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 124, 127, Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG):

Medicator AG
Bayenthalgürtel 26
50968 Köln
Telefon: 0221/37662-0, Telefax: 0221/37662-10

6. Rechtliche Grundlagen für Ihren Versicherungsvertrag sowie dessen wesentliche Merkmale

Inhalt und Umfang der Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB-R) und den Tarifbedingungen des Tarifes ARE. Im Anhang zu den AVB-R finden Sie auch einen Abdruck der wichtigsten, für das Versicherungsverhältnis geltenden, gesetzlichen Regelungen.

Unsere Leistungen erbringen wir unverzüglich nach Abschluss der zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Prüfung.

7. Prämie

Die zu zahlende Prämie entnehmen Sie bitte Absatz B Ziffer 2 der beigefügten Tarifbedingungen des Tarifes ARE.

8. Zusätzlich anfallende Kosten

Zusätzliche Kosten oder Gebühren sind nicht vertraglich vereinbart.

9. Prämienzahlung

Die Einmalprämie wird mit Abschluss des Versicherungsvertrages fällig und ist für die beantragte Laufzeit des Vertrages im Voraus zu zahlen.

Zahlungsweg ist das Lastschriftinzugsverfahren.

10. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen ist nicht befristet.

11. Vertragsschluss

Der Versicherungsvertrag kommt mit Unterzeichnung des Antrages und Zahlung der Prämie zustande.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Antrag genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Erteilung einer vollziehbaren Einzugs-ermächtigung.

12. Widerrufsrecht

Die Angaben zu Ihrem Widerrufsrecht entnehmen Sie bitte dem entsprechenden Hinweis im Antrag.

13. Laufzeit des Vertrages

Die Angaben zur Laufzeit des Vertrages entnehmen Sie bitte Absatz C Ziffer 1 und 2 der Tarifbedingungen des Tarifes ARE.

14. Beendigung des Vertrages

Die Angaben zur Beendigung des Vertrages entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

15. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.
Den Gerichtsstand entnehmen Sie bitte § 14 AVB-R.

16. Vertragssprache

Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden in deutscher Sprache erteilt.

17. Beschwerdestellen

Für Beschwerden stehen Ihnen neben dem Vorstand der AXA Krankenversicherung AG außergerichtlich folgende Stellen zur Verfügung:

- Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstr. 13, 10117 Berlin, Telefon: 0 1802-55 04 44*, Fax: 030/ 20 45 89 31, E-Mail: info@pkv-ombudsmann.de
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

18. Aufsichtsbehörde

Zuständige Aufsichtsbehörde für unser Unternehmen ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB-R) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld- Versicherung bei Reisen

Teil I: Allgemeine Bedingungen

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Bei einem im Ausland unvorhersehbar eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht.
- (5) Versicherungsfähig sind, soweit der Tarif keine abweichende Regelung enthält, Personen, die nur vorübergehend ins Ausland reisen. Die Versicherungsfähigkeit von Ausländern, die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, richtet sich nach besonderen Bedingungen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Der Beitragszahlung steht die Erteilung einer vollziehbaren Einzugsermächtigung gleich.
- (2) Auslandsreisen, bei denen die Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland bereits vor dem Tag des Versicherungsbeginns erfolgte, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- (3) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag kommt durch Annahme eines Versicherungsantrages durch den Versicherer zustande. Der Versicherungsantrag ist auf dem hierfür bestimmten Vordruck zu stellen. Die Annahme des Versicherungsantrages erfolgt durch Aushändigung des Versicherungsscheines. Wird die Versicherung auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen Einzahlungsvordruck beantragt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Einzahlung des Beitrags (Datumsstempel der Post, des Geldinstituts bzw. der Buchungsstelle ist maßgebend) als zustande gekommen. Der von einer dieser Zahlstellen dem Auftraggeber ausgehändigte Zahlungsbeleg gilt als Versicherungsschein.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer im Versicherungsantrag den Beitrag nach dem Tarif unzutreffend angegeben, so gilt bei Beitragszahlung im Lastschriftinzugsverfahren (§ 8 Abs. 2) der Versicherungsantrag als mit tariflichem Beitrag gestellt.
- (3) Die Dauer des Versicherungsvertrages ergibt sich aus dem Tarif. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Stirbt der Versicherungsnehmer, bleibt das Versicherungsverhältnis bezüglich der mitversicherten Person(en) unberührt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel sind nur erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet wurden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, und Krankengeschichten führen.
- (4) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Ist Ersatz von Rücktransport- oder Überführungskosten vorgesehen, gilt Folgendes:
- Der Rücktransport eines Erkrankten muss medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und grundsätzlich an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus erfolgen, sofern im Tarif nichts anderes vereinbart ist.
 - Überführungskosten sind die beim Tode einer versicherten Person während der Reise entstandenen unmittelbaren Kosten einer Überführung an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz. Anstelle von Überführungskosten können Bestattungskosten im Ausland bis zu der im Tarif für Überführungskosten genannten Höhe übernommen werden. Überführungs- und Bestattungskosten sind nicht erstattungsfähig, wenn die Behandlungskosten für die/den zum Tode führende(n) Erkrankung/Unfall nicht erstattungsfähig gewesen sind oder gewesen wären.
- (5) Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die entweder im Aufenthaltsland oder in der Bundesrepublik Deutschland von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben, oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für Krankheiten und Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise erfolgt ist, sowie für Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
 - für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfolgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war. Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;
 - für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
 - für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
 - für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie;
 - für Hilfsmittel;
 - für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet;
 - für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - für Behandlungen wegen Sterilität und künstlicher Befruchtung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis

zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen; einzureichende Nachweise

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer (z. B. dem in § 5 Abs. 3 genannten) zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Erstattungsleistung vermerkt hat.
- (2) Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen, und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung mit den Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch den in § 5 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.
- (3) Zum Nachweis eines medizinisch notwendigen Rücktransportes ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einzureichen.
- (4) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.
- (5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistung benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (6) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (7) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherten gewählt wurden, können von den Leistungen abgezogen werden.
- (8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (9) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG; s. Anhang).

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit Ende der Reise.
- (2) Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit. Widerspricht die versicherte Person nach der Wiederherstellung der Transportfähigkeit einem medizinisch vertretbaren und zumutbaren Rücktransport in das Heimatland, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag des Widerspruchs durch die versicherte Person.

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Einmalbetrag. Er ergibt sich aus dem Tarif und ist spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.

- (2) Der Tarif kann Beitragszahlung im Lastschriftinzugsverfahren vorschreiben. Als Beitragszahlung gilt dann die rechtsgültige Erteilung der Abbuchungsermächtigung, wenn danach der Versicherer den Beitrag abbuchen konnte.

§ 8a Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusagen können sich die Leistungen des Versicherers – z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung – ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif, bei dem das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist, die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Die Beiträge werden, soweit nach dem Ergebnis der Überprüfung erforderlich, auf der Grundlage der hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen angepasst. Die Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, wirksam.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis im Falle einer Beitragserhöhung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden soll. Der Versicherungsnehmer kann, auch wenn die Monatsfrist zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen ist, das Versicherungsverhältnis bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung kündigen.

§ 8b Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können, sofern das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist, mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres (s. Tarif), auf der Grundlage der hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen geändert werden, wenn die Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen
- a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
 - b) im Falle der gerichtlich festgestellten Unwirksamkeit von Bedingungen, wenn deren Ersetzung zur Fortsetzung des Vertrages notwendig ist,
 - c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
 - d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c und d ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie die §§ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14 Abs. 2 AVB-R betrifft.

- (2) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.
- (3) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis im Falle einer Bedingungsanpassung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam werden soll. Der Versicherungsnehmer kann, auch wenn die Monatsfrist zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen ist, das Versicherungsverhältnis bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung kündigen.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise einzureichen, jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2–4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG; siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 14 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Stand: Oktober 2009

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG):

§ 14

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung befreit wird, ist unwirksam.

§ 28

- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung

verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 82

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat Weisungen des Versicherers, soweit für ihn zumutbar, zu befolgen sowie Weisungen einzuholen, wenn die Umstände dies gestatten. Erteilen mehrere an dem Versicherungsvertrag beteiligte Versicherer unterschiedliche Weisungen, hat der Versicherungsnehmer nach pflichtgemäßem Ermessen zu handeln.
- (3) Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Absätzen 1 und 2 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (4) Abweichend von Absatz 3 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

§ 86

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er in folgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Teil II: Krankheitskostentarif für Behandlung bei Reisen

Tarif ARE

A. Leistungen des Versicherers

- I. Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100% ohne Höchstsatz für
 1. ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert;
 2. Arznei- und Verbandmittel;
 3. Folgende Heil-/Hilfsmittel: ärztlich verordnete Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heil-/Krankengymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms.
Die medizinisch notwendigen Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausfertigung.
 4. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik;
 5. Krankenhausbehandlung;
 6. Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus;
 7. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen.

- II. Ersatz der Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person zu 100% sofern
 1. dieser medizinisch sinnvoll sowie vertretbar ist und
 2. vom Versicherer bzw. dessen Assistance organisiert wird oder vorab eine Zusage des Versicherers erfolgte.

Medizinisch sinnvoll ist ein Rücktransport insbesondere, wenn

- die Krankenhausbehandlung im Ausland nach der Prognose des behandelnden Arztes am Aufenthaltsort die Dauer von 14 Tagen übersteigen wird oder
- die Kosten der Behandlung im Ausland voraussichtlich die Kosten für den Rücktransport übersteigen.

Die Entscheidung darüber, ob der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist, erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers bzw. dessen Assistance, der sich hierzu mit dem behandelnden Arzt am Aufenthaltsort berät.

Liegen lediglich die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen vor, so werden die Mehrkosten eines Rücktransportes

- innerhalb Europas nur bis zur Höhe von 5.000,- Euro erstattet;
- darüber hinausgehend nur bis zur Höhe von 10.000,- Euro erstattet.

III. Darüber hinaus erstatten wir für:

- Überführung aus Europa bis 5.000,- Euro;
- aus dem übrigen Ausland bis 10.000,- Euro:

Alle Überführungen **müssen** mit dem Versicherer abgestimmt werden.

IV. Krankenhaustagegeld wird anstelle des Kostenersatzes bei stationärer Krankenhausbehandlung im Ausland geleistet, wenn insoweit keine Kosten geltend gemacht werden, in Höhe von täglich **30,00 Euro**.

B. Beiträge

1. Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.
2. Der **Beitrag** pro bei Antragstellung angegebenem Reisetag beträgt:

Altersgruppe	für die ersten 30 Reisetage je	für die ersten 180 Reisetage je	für die folgenden Reisetage je
0 – 65-Jährige	0,60 EUR		1,20 EUR
66 – 69-Jährige		2,40 EUR	2,90 EUR
70-Jährige und Ältere		5,30 EUR	6,40 EUR

3. Der Mindestbeitrag pro Vertragsabschluss beträgt 4,00 Euro.
4. Der Beitrag wird im Lastschriftinzugsverfahren erhoben (siehe § 8 Abs. 2 AVB-R).

5. Ist die Einzugsermächtigung durch Verschulden des Versicherungsnehmers nicht vollziehbar, kann der Versicherer die Erstattung der ihm insoweit entstandenen Bankauslagen verlangen.

C. Sonstige Bestimmungen

1. Es können maximal die ersten 365 Reisetage versichert werden.
2. Personen, die mehr als 90 Reisetage absichern, können frühestens nach einem 90-tägigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland erneut den Tarif ARE abschließen. Der Aufenthalt ist vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.
Dies gilt auch bei einer erteilten Lastschriftinzugsermächtigung!

D. Besondere Bedingungen für Verlängerungen von bestehendem Versicherungsschutz

1. Der Tarif ARE kann auch ergänzend zu Tarifen der AXA Krankenversicherung AG abgeschlossen werden, die eine Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen ins Ausland vorsehen (Tarif ARJ, ARD, RKJE, EG Tarife). Hiervon ausgeschlossen ist bestehender Versicherungsschutz nach Tarif ARE und Tarife, die Versicherungsschutz bei Reisen in die Bundesrepublik Deutschland vorsehen.
Der ergänzende Abschluss des Tarifs ARE zum Versicherungsschutz anderer Versicherer ist nicht möglich.
2. Für den ergänzenden Versicherungsschutz gilt:
 - a) Wenn in dem bestehenden Tarif für einen im Ausland eingetretenen Versicherungsfall Leistungspflicht besteht, gilt dies auch für den vereinbarten Zeitraum der ergänzend abgeschlossenen ARE-Versicherung. Punkt C. 2. bleibt von dieser Regelung unberührt.
 - b) Für nach Tarif ARE versicherte Reisetage besteht kein Anspruch auf Leistungen nach dem bestehenden Tarif (Nachleistungspflicht).

Altersgruppe	bis 180. Verlängerungstag je	181. – 365. Verlängerungstag je
0 – 65-Jährige	1,20 EUR	1,20 EUR
66 – 69-Jährige	2,40 EUR	2,90 EUR
70-Jährige und Ältere	5,30 EUR	6,40 EUR

Der Gesamtzeitraum darf 365 Tage nicht überschreiten.

Gültig in Verbindung mit AVB-R Teil I Allgemeine Bedingungen

Gültig ab Oktober 2009

AXA bietet individuellen Krankenschutz im Ausland.

- Falls Sie **öfter oder längerfristig** ins Ausland reisen möchten, können wir Ihnen auch hierfür den passenden Schutz anbieten.
- Wenn Sie bereits bei AXA eine Auslandsreise-Krankenversicherung als Dauerpolice (alle Reisen zum Beispiel bis zu 42 Tagen im Jahr) haben und über diesen Zeitraum hinaus verreisen möchten, können Sie die **zusätzlichen Reisetage** mit dem beiliegenden Antrag absichern.
- Sie reisen in die **Ukraine oder die Russische Föderation**? Dann empfehlen wir eine spezielle Krankenversicherungspolice.
- Sie reisen früher als geplant nach Deutschland zurück? In diesem Fall erstatten wir Ihnen gegen Vorlage eines Nachweises, z. B. Ihres Rückflugtickets, die zuviel gezahlten Beiträge.

TIPP: Sie haben noch Fragen? Ihr persönlicher Betreuer hilft Ihnen gerne weiter. Rufen Sie ihn einfach an.

Ihre Vorteile im Überblick.

- Absicherung für Ihren Auslandsaufenthalt von maximal einem Jahr
- günstige Beiträge
- 100% Kostenübernahme für unvorhergesehene medizinisch notwendige Behandlungen
- Kostenübernahme für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport nach Deutschland

Füllen Sie einfach den beiliegenden Antrag aus und senden Sie ihn direkt an Ihren persönlichen Betreuer.

AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln
www.AXA.de